

Al Servizio PUA ASP CZ
Piazza Casalnuovo
88060 Soverato (CZ)

Il/la sottoscritto/a -----nato/a-----

il -----residente a -----

via -----Telefono -----

STATO CIVILE: (1) celibe/nubile; (2) coniugato; (3) separato; (4) divorziato; (5) vedovo/a; (6) non dichiarato.

TITOLO DI STUDIO: (1) nessuno; (2) lic. Elementare; (3) Lic. Media Inf.; (4) Diploma Media sup.; (5) Dipl. Univ;
(6) Laurea; (7) Non dichiarato

CHIEDE

L'autorizzazione per -----

presso -----

Allega la seguente documentazione:

1. Certificato del medico specialista di una struttura pubblica;
2. Certificato di nascita e/o residenza-alternativamente autocertificazione;
3. Fotocopia documento riconoscimento non scaduto;
4. Altra eventuale certificazione -----

Data -----

Firma -----

Il/la sottoscritto/a acconsente al trattamento dei dati personali e inerenti il proprio stato di salute nei limiti e con le modalità previste dalla L.196/2003

Data -----

Firma -----
